

Original breve

# Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud



Teresa Giménez-Júlvez<sup>a,\*</sup>, Ignacio Hernández-García<sup>b</sup>, Carlos Aibar-Remón<sup>b</sup>, Isabel Gutiérrez-Cía<sup>c</sup> y Mercedes Febrel-Bordejé<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Dirección Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>d</sup> Servicio de atención al usuario de los sistemas de salud y de servicios sociales de Aragón, Departamento de Sanidad de Aragón, Zaragoza, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 22 de diciembre de 2016

Aceptado el 26 de enero de 2017

On-line el 17 de marzo de 2017

### Palabras clave:

Seguridad del paciente

Cultura organizativa

Gestión de la seguridad/organización y administración

Investigación cualitativa

Liderazgo

Personal administrativo

## R E S U M E N

**Objetivo:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente en personas directivas/gestoras.

**Método:** Estudio descriptivo transversal efectuado entre febrero y junio de 2011 en personal directivo/gestor del Servicio Aragonés de Salud mediante entrevistas semiestructuradas.

**Resultados:** Se realizaron 12 entrevistas. Todos/as admitieron la existencia de diversidad de problemas de seguridad del paciente y coincidieron en reconocerla como prioritaria de forma más teórica que práctica. La excesiva rotación de directivos/as se consideró como una importante barrera que dificulta establecer estrategias a largo plazo y dar continuidad a medio plazo.

**Conclusiones:** Este trabajo recogió las percepciones sobre cultura de seguridad del paciente en directivos/as, hecho esencial para mejorar la cultura de seguridad del paciente en este colectivo y en las organizaciones que dirigen.

© 2017 SEESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Patient safety culture in directors and managers of a health service

### A B S T R A C T

**Objective:** To assess patient safety culture in directors/managers.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study carried out from February to June 2011 among the executive/managing staff of the Aragón Health Service through semi-structured interviews.

**Results:** A total of 12 interviews were carried out. All the respondents admitted that there were many patient safety problems and agreed that patient safety was a priority from a theoretical rather than practical perspective. The excessive changes in executive positions was considered to be an important barrier which made it difficult to establish long-term strategies and achieve medium-term continuity.

**Conclusions:** This study recorded perceptions on patient safety culture in directors, an essential factor to improve patient safety culture in this group and in the organisations they run.

© 2017 SEESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

Patient safety

Organisational culture

Safety management/organisation and administration

Qualitative research

Leadership

Administrative personnel

## Introducción

La seguridad del paciente constituye un importante indicador de la calidad asistencial, y su mejora representa una prioridad para los servicios sanitarios. Para conseguir dicha mejora es esencial promover, crear y mantener una cultura de seguridad positiva en las organizaciones<sup>1</sup>.

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente, definida como la suma de valores, actitudes, competencias, percepciones y patrones de conducta individual/grupal que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y el cuidado de los

pacientes<sup>2</sup>, ha sido objeto de multitud de estudios. En ellos, tanto en los nacionales<sup>3</sup> como en los internacionales<sup>4,5</sup>, se ha incluido principalmente personal médico<sup>3–5</sup> y de enfermería<sup>3–5</sup> que atiende a pacientes, por su papel fundamental en la implementación de cuidados seguros<sup>6</sup>.

Sin embargo, la evaluación específica en personal directivo/gestor ha sido objeto de escasos estudios<sup>7</sup>, y ninguno desarrollado en España, pese a que dicho colectivo tiene la responsabilidad de facilitar el cambio en la cultura de seguridad del paciente en la organización que lideran, demostrando la importancia de la seguridad tanto en la teoría como en la práctica<sup>8</sup>. Por este motivo, con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en personal con experiencia en puestos directivos/gestores de un servicio de salud español, se realizó esta investigación.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [tgjulvez@gmail.com](mailto:tgjulvez@gmail.com) (T. Giménez-Júlvez).

## Métodos

Estudio descriptivo transversal efectuado entre febrero y junio de 2011 en personal directivo/gestor del Servicio Aragonés de Salud. Dicho servicio, público, financiado mediante impuestos, presta asistencia a 1.349.467 personas distribuidas entre las tres provincias aragonesas, y en él trabajan 175 profesionales en equipos directivos designados discrecionalmente.

Como criterios de selección para el reclutamiento según muestreo teórico, se consideró el estar o haber estado vinculado/a con la Estrategia de Seguridad del Paciente de Aragón, el sexo, la categoría profesional, el cargo actual, el ámbito de atención y el tamaño del centro. La captación de participantes se efectuó por vía telefónica, tras explicar el objetivo y el modo de realización, así como el carácter voluntario, confidencial y anónimo de la investigación.

Tras dar su consentimiento verbal se incluyeron seis mujeres y seis hombres (ocho médicos/as, ocho trabajaban en atención especializada, nueve ejercían o habían ejercido como directivo/a o gestor/a, dos representantes sindicales y uno coordinador de calidad). Para recoger la información, un especialista en medicina preventiva, previamente entrenado, realizó entrevistas semiestructuradas. En ellas siguió un guion con siete apartados relacionados con la seguridad del paciente: a) concepto, problemas y factores contribuyentes; b) ¿una prioridad en la organización?; c) barreras; d) agentes facilitadores; e) organizaciones involucradas; f) líneas estratégicas desarrolladas; y g) líneas estratégicas pendientes.

Las entrevistas, de 45-60 minutos, fueron grabadas digitalmente para facilitar su transcripción literal. Se analizó el contenido de forma clásica<sup>9</sup>, extrayendo descriptores y seleccionando los *verbatim*s más representativos; en particular, los descriptores se codificaron identificando la información principal y asignando etiquetas para agruparlos según los apartados del guion.

**Tabla 1**  
Descripción de las barreras para implementar la cultura de seguridad del paciente por parte del personal directivo

| Barreras  | Verbatim  |
|---|---|
| Excesiva rotación de los directivos<br>Conseguir resultados a corto plazo <i>versus</i> largo plazo   | «Pues a nivel de líderes, yo creo que un factor muy negativo, muy negativo, es la alta rotación tan constante que hay, no hay mantenimiento. [...] No hay una duración en los mensajes, no hay constancia en las estrategias. . . queremos conseguir resultados muchas veces muy cortoplacistas, entonces el largo plazo no se trabaja tanto» (entrevista 2).   |
| Limitada implicación y poco liderazgo, pero sin poner obstáculos  | «No hay barreras importantes con los líderes, es decir, puede ser que no se impliquen todo lo que se tengan que implicar, pero desde luego no, no, obstáculos no ponen» (entrevista 1).   |
| Limitados aprendizaje, conocimientos y convencimiento necesarios para implicar a otros  | «Los momentos de aprendizaje son necesarios si no has tenido un tiempo suficiente para interiorizarlo, pues no estás convencido y es muy difícil que, aunque te lo impongan desde el Servicio Aragonés de Salud o desde la estructura tuya, tú le pongas la energía adecuada para llevarlo adelante» (entrevista 5).  |
| Limitada capacidad de gestión de los/las directivos/as frente al poder de los/las profesionales   | «Esta organización es la única organización en la que los profesionales tienen todo el poder y la competencia para hacer cosas y los directivos no tienen ninguna» (entrevista 4).  |
| Ocultamiento de problemas (estrategia del avestruz), un valor en la gestión   | «Es un tema que siempre ha permanecido oculto, es decir, no se habla de los errores porque es algo, en principio, que tenemos miedo de admitir» (entrevista 10).  |
| Importancia de la seguridad del paciente desde una visión institucional frente a la visión individual del/de la directivo/a donde la seguridad del paciente se considera como un incordio | «Los temas de calidad y de seguridad para el directivo, sea de mediano nivel como subdirector, o de más nivel, como gerente, y si ya vamos al Servicio Aragonés de Salud, la calidad y la seguridad la consideran como una cosa que es un incordio, una piedra en el zapato, y dentro de la calidad, si hay piedras todavía mayores, es la seguridad del paciente. Entonces, eso, desde el punto de vista institucional, jamás lo reconocerán porque dirán que tiene mucha importancia y que les parece lo más y que están muy preocupados por este tema, pero luego toda la realidad es que son piedras en el zapato» (entrevista 10). |
| Sistema ineficaz para pulir problemas   | «Aquí nunca pasa nada hagas lo que hagas [...] es un sistema ineficaz para pulir los problemas» (entrevista 6).   |
| Problemas de seguridad del paciente antiguos, repetitivos, sin resolver desde hace tiempo   | «En la mayoría de las veces son situaciones muy viejas que aparecen y desaparecen como temas Guadiana [...] Y eso añade un problema añadido, y es que cuando uno intenta meterle mano se da cuenta de que hay otras personas que le dicen que como ese no es un problema nuevo, y que si tiras del hilo pueden estar saliendo barbaridades o problemas que llevan varios años sucediéndose y que todo el mundo lo sabe, o que hay parte de la gente que lo sabe, pues es como reconocer que nadie ha hecho nada [...] y entonces se echa tierra encima de todos esos expedientes» (entrevista 10).                                      |

## Resultados

### *Seguridad del paciente: concepto, problemas y factores contribuyentes*

Las respuestas fueron muy diversas. Los problemas mencionados fueron las infecciones, el uso seguro de medicamentos, la identificación de pacientes, la comunicación, el trabajo en equipo, los comportamientos y las rutinas adquiridas, y el liderazgo.

Los factores contribuyentes en los problemas de seguridad del paciente se relacionaron, entre otros, con:

(a) Profesionales: «Hay gran parte de profesionales sanitarios con falsa seguridad, por confiar demasiado en su experiencia y en la seguridad de que ellos no se equivocarán» (entrevista 5).

(b) Formación, equipo o comunicación: «Falta de trabajo en equipo; muchas veces está unido a bicefalías, es decir, dos cabezas de liderazgo para los diferentes profesionales [...]. Ya utilices a supervisora, jefe de servicio, correo electrónico, cartas personalizadas... Es muy difícil comunicarse y recibir la información. . . Y ya no te digo del paciente» (entrevista 6).

### *Prioridad de la seguridad del paciente*

Todas las personas entrevistadas coincidieron en que se reconoce como prioritaria la seguridad del paciente, pero de forma más teórica que práctica: «Yo creo que de palabra sí y en la práctica, pues, medianamente [...] pero sí que la organización lo reconoce» (entrevista 1).

### *Barreras para implementar la seguridad del paciente*

Los/las entrevistados/as refirieron que la excesiva rotación de directivos/as dificulta establecer estrategias de seguridad del paciente a largo plazo y dar continuidad a medio plazo. Asimismo,

manifestaron cómo percibían que los/las directivos/as tenían limitada implicación y poco convencimiento (tabla 1), estaban distanciados/as de la realidad de la organización, considerando a los problemas de seguridad del paciente como repetitivos y sin resolver por la ineficacia del sistema.

Otras barreras fueron la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo, la cultura de la culpa y la resistencia al cambio de los profesionales.

#### *Agentes facilitadores para desarrollar una cultura de seguridad del paciente*

Los/las trabajadores/as más motivados/as fueron identificados/as como los/las principales agentes facilitadores: «Una serie de profesionales van impregnando poco a poco al resto [...] y va calando un poco [...]» (entrevista 1).

#### *Organizaciones involucradas en la seguridad del paciente*

Las organizaciones referidas fueron los colegios profesionales (proporcionando formación continuada en seguridad del paciente), las sociedades científicas (impregnando liderazgo en proyectos de seguridad del paciente, transmitiendo valores y sentimiento de pertenencia), las organizaciones sindicales y la universidad (formando un alumnado sanitario en seguridad del paciente) (tabla 2).

**Tabla 2**

Opiniones sobre organizaciones involucradas en la seguridad del paciente

| Organizaciones  | Verbatims   |
|---|---|
| <p><i>Colegios profesionales</i><br/>Parte activa en materia de seguridad del paciente, sobre todo en su participación en la formación continuada</p> <p>Se encuentran defraudados y la colegiación la realizan solo por imperativo legal</p> | <p>«Los colegios profesionales, yo creo que son importantes en dos cosas: uno, en la formación continuada, sin duda son responsables en buena medida de la formación continuada, y dos, en la deontología, cuanto mejor seamos capaces de hacer nuestro trabajo atendiendo pues a criterios éticos y criterios deontológicos» (entrevista 7).<br/>«Los colegios profesionales yo los veo rancios [...] Yo estoy colegiada, pero por imperativo legal, no por una razón de identificación [...]. Yo, de ellos, tampoco espero ni pido, vamos, si espero algo es su desaparición» (entrevista 2).</p>   |
| <p><i>Sociedades científicas</i><br/>Papel muy importante en materia de seguridad del paciente</p> <p>Impregnan liderazgo en proyectos de seguridad del paciente, han transmitido valores y sentimiento de pertenencia</p>                    | <p>«Sí, las sociedades científicas tienen mucho que hacer. De hecho, sociedades científicas que en los temas de seguridad han ejercido el liderazgo ha sido estupendo, es decir, las cosas han ido mucho mejor y volvemos a lo mismo, porque lo han interiorizado los profesionales» (entrevista 1).<br/>«Todo lo que llega como instrucción del Director General de Planificación yo lo leo como profesional y de momento hago así [lo tira]. Todo lo que me llega como Sociedad Científica que me dirige una carta mi presidenta y me dice, mira, se está haciendo una experiencia tal, yo digo, espera, esto me lo dejo en la bandeja que lo leeré luego, y esto nos guste o no es así, hay una cierta prevención hacia la organización» (entrevista 4).</p>   |
| <p><i>Agentes sociales</i><br/>Papel en la gestión del personal y el desarrollo de listas específicas/especiales</p> <p>Recogida de información sobre incidentes de seguridad de mayor ámbito</p>   | <p>«Los sindicatos sí que tendrían un papel importante [...] Sería que ellos entraran en la negociación de listas específicas, por su sensibilización en los temas de seguridad» (entrevista 1).<br/>«Son organizaciones que tienen una ventaja respecto a la organización, digamos, a la sanitaria oficial [...] Pueden recoger informaciones más amplias, abarcando más sectores, no solo de lo público o privado, de varios sectores, de varios ámbitos, de varias categorías profesionales, entonces sí que pueden recoger más información» (entrevista 3).<br/>«Me enseñaron [...] que estaba en una profesión que era un taburete con tres patas, y que una era el sindicato, otra era el colegio y otra la sociedad científica. En estos momentos [...] estamos cojos de las tres patas» (entrevista 8).</p> |
| <p><i>Universidad</i><br/>Imprescindible su participación en formar en seguridad del paciente</p> <p>Sin embargo, va muy por detrás de la realidad del profesional</p>  | <p>«Debe proporcionar un primer contacto con los temas de seguridad en cada materia [...] inserta en los programas concretos de todas las asignaturas» (entrevista 1).<br/>«La universidad tiene un papel básico desde el inicio de la formación de los profesionales y, para mí, desde luego, ha ido, o sigue yendo, muy bastante por detrás de lo que se encuentra luego el profesional cuando se pone a trabajar» (entrevista 5).</p>  |
| <p><i>Asociaciones de pacientes</i><br/>Deberían colaborar en seguridad del paciente e informar y formar a los usuarios</p>   | <p>«Las asociaciones de usuarios [...] sí me parece que pueden tener cabida. A través de los consejos del sector [...] podrían aportar ideas y colaborar de alguna manera, formar e informar también a los usuarios de lo que se está haciendo en esa materia y cómo pueden colaborar ellos, en fin, sí» (entrevista 7).</p>  |
| <p><i>Medios de comunicación</i><br/>Dos caras de una moneda, según la información que posean y cómo la transmitan (tanto fuente de potenciación en materia de seguridad del paciente como fuente creadora de miedo)</p>                      | <p>«La prensa bien informada, los medios de comunicación, pueden contribuir a la seguridad del paciente. Pero a veces dan mucho miedo, porque noticias que yo conozco que sé lo que ha pasado, y leo los periódicos, lo que dicen que es muchas veces no tiene nada que ver» (entrevista 6).</p>  |

#### *Líneas estratégicas desarrolladas y pendientes*

Las consideradas desarrolladas fueron la prevención de úlceras por presión, caídas e infecciones nosocomiales (higiene de manos y proyectos *Bacteriemia-Neumonía zero*), el uso seguro de medicamentos y la cirugía segura.

Ocho entrevistados/as refirieron la necesidad de una estrategia autonómica con líneas de seguridad del paciente y calidad a medio/largo plazo, alineada con las líneas nacionales y con indicadores incluidos en contratos de gestión para su evaluación.

Respecto a los/las pacientes, el discurso se saturó de ideas que reflejaron la importancia de proporcionar información, participación y colaboración, hecho que constituyó una línea a desarrollar en el plan estratégico: «[...] Hay que trabajar con ellos; es que no conozco a ninguna empresa privada que se ponga a hacer yogures [...] sin hacer pruebas [...] con el usuario, con el consumidor; nosotros tenemos que tener en cuenta a nuestro consumidor» (entrevista 6).

#### **Discusión**

Este trabajo representa el primer estudio realizado en España sobre cultura de seguridad del paciente específicamente en

personal de dirección o gestión. Asimismo, en el ámbito internacional, salvo un estudio realizado en directivos de un solo hospital<sup>7</sup>, las investigaciones llevadas a cabo en este colectivo en concreto solo han presentado resultados de validación de cuestionarios de cultura de seguridad del paciente<sup>10</sup> o han evaluado la cultura de seguridad del paciente en *leaders*<sup>11</sup>, término que no se corresponde exclusivamente con directivo/a al incluir a jefes/as de servicio y supervisores/as<sup>11</sup>.

Nuestros entrevistados/as percibieron un apoyo teórico, pero poco práctico, a la seguridad del paciente; a ello puede contribuir lo reflejado en el informe SEDISA sobre el limitado margen de actuación que tienen<sup>12</sup>. Entre las principales barreras manifestadas destacó la excesiva rotación de personal directivo, hecho congruente con lo descrito por Dixon-Woods y Pronovost<sup>13</sup>, que consideran un importante problema que la seguridad del paciente esté «en muchas manos»<sup>13</sup>.

Otro aspecto destacado fue la consideración de los problemas de seguridad del paciente como antiguos y sin resolver, hecho que puede justificarse por el corporativismo del personal directivo<sup>14</sup>, por el cual nadie quiere abordar aspectos que evidenciarían lo que directivos/as anteriores no han resuelto previamente.

Entre las limitaciones de nuestro trabajo se encuentra el haberse desarrollado en un único servicio de salud español, por lo que es preciso realizar estudios similares en otras comunidades autónomas para establecer si existen diferencias según región; hecho poco probable, dado que la implementación de la seguridad del paciente en España está enmarcada en una estrategia de actuación común<sup>15</sup>.

Con nuestra investigación se han descrito las percepciones sobre la cultura de seguridad del paciente de directivos/as. Su estudio es esencial para detectar mejoras a este respecto en dicho colectivo que, de solventarse, redundarán en la mejora de la seguridad del paciente en las organizaciones que dirigen.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

Para mejorar la seguridad del paciente es fundamental promover una cultura de seguridad positiva en las organizaciones. La evaluación de la cultura de seguridad del paciente ha sido ampliamente estudiada en profesionales sanitarios de primera línea, pero no existen investigaciones específicas en directivos españoles.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Este trabajo representa el primer estudio sobre la cultura de seguridad del paciente en directivos de un servicio de salud español. Los resultados manifiestan la necesidad de establecer acciones con las que mejorar la cultura de seguridad del paciente en nuestros directivos, lo que a su vez redundará en mejorar la seguridad del paciente en las organizaciones que dirigen.

### Editor responsable del artículo

Andreu Segura.

### Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del

estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

### Contribuciones de autoría

T. Giménez-Júlvez: concepción y diseño del estudio, recogida y análisis de datos, y escritura del artículo. I. Hernández-García: escritura del artículo. C. Aibar-Remón: concepción, diseño del estudio y análisis de datos. I. Gutiérrez-Cía: concepción, diseño del estudio y análisis de datos. M. Febrel-Bordejé: diseño del estudio y análisis de datos. Todas las personas firmantes aportaron ideas, interpretaron los hallazgos y aprobaron la versión final para su publicación.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a D. José Miguel Carrasco Gimeno por la formación impartida sobre realización de entrevistas semiestructuradas, y a D. José Joaquín Mira Solves por el asesoramiento para efectuar tales entrevistas. Asimismo, agradecemos la colaboración de todas las personas entrevistadas, sin cuya desinteresada participación este estudio no podría haberse llevado a cabo.

### Bibliografía

- Zwijnenberg NC, Hendriks M, Hoogervorst-Schilp J, et al. Healthcare professionals' views on feedback of a patient safety culture assessment. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:199.
- Halligan M, Zevevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:338–43.
- Saturno PJ. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Livorsi D, Knobloch MJ, Blue LA, et al. A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. *Int Nurs Rev.* 2016;63:372–6.
- Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, et al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss hospital units: an exploratory study. *BMJ Qual Saf.* 2013;22:32–41.
- Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, de la Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit.* 2017;31:145–9.
- Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:405–10.
- Seven steps to patient safety for primary care. National Patient Safety Agency. 2006. (Consultado el 12/6/2016.) Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60044&>
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24:105–12.
- Hammer A, Ernstmann N, Ommen O, et al. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS.M). *BMC Health Serv Res.* 2011;11:165.
- Härenstam KP, Elg M, Svensson C, et al. Patient safety as perceived by Swedish leaders. *Int J Health Care Qual Assur.* 2009;22:168–82.
- La profesionalización de los directivos de la salud. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). 2013. (Consultado el 24/9/2016.) Disponible en: [http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/SEDISA\\_superdefinitivo\\_profesionalizacion\(1\)\(2\).pdf](http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/SEDISA_superdefinitivo_profesionalizacion(1)(2).pdf)
- Dixon-Woods M, Pronovost PJ. Patient safety and the problem of many hands. *BMJ Qual Saf.* 2016;25:485–8.
- Grau Amorós J. Reflexiones en torno a la gestión sanitaria. *Rev Clin Esp.* 2007;207:416–7.
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.